

# **ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**Соловьева С.Л.**

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия  
им. И.И. Мечникова, Россия*

Вопрос о том, насколько эффективна психотерапия в клинике внутренних болезней и в какой форме следует ее проводить, активно дискутируется в последнее время. Современными авторами отмечается неуклонно возрастающая интеграция психотерапии в соматической медицине. Интерес к проблеме использования психотерапии в клинике внутренних болезней связан с широким распространением новой парадигмы – биопсихосоциальной концепции болезни. В соответствии с этой парадигмой, признается существенная роль социально- психологических факторов практически при любом заболевании, соматическом или нервно-психическом. Современные представления о биопсихосоциальной концепции болезни, сменившей в 70-ые годы биомедицинскую модель, соответствуют положениям, высказанным еще в 40-х годах Р.А. Лурией, который писал о том, что «по существу вся медицина является психосоматической», имея в виду тот факт, что психологические, психосоциальные факторы в большей или меньшей степени включены в этиопатогенез любого заболевания, соматического или нервно-психического, влияя в той или иной мере на ход течения и исход болезни. Нет только психических и только соматических болезней, отмечает автор, а есть лишь живой процесс в живом организме; его жизненность и состоит в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни.

Современное понимание болезни как биопсихосоциального явления ведет к признанию наличия психотерапевтических задач практически во всех клинических дисциплинах.

Объектом психотерапевтических воздействий при этом становятся различные соматические заболевания и, прежде всего, психосоматические расстройства. Вместе с тем, как отмечает один из крупнейших представителей психосоматической медицины Стоквис (Stokvis B.), «успехи психотерапии в психосоматике производят не столь уж радужное впечатление. Нет смысла их приукрашивать: во многих случаях результаты удручающе мизерны, а нередко и вовсе равны нулю». Отмечается, что соматические, в том числе психосоматические, пациенты являются малоперспективными для психотерапевтического воздействия, особенно для психоанализа (Sifneos P.E., 1973). Психосоматика, достаточно разработанная на теоретическом

уровне, пока не приобрела популярности в здравоохранении и крайне медленно внедряется в практику обслуживания больных. Конкретизируя те трудности, которые возникают при лечении соматически больных, Karasu T.B. (1979) отмечает роль собственно соматических (биологических) механизмов, а также личностные характеристики и защитные механизмы пациентов, негативное значение контрпереносных реакций у самих интернистов и психотерапевтов.

Однако тем не менее психотерапия оказывается полезной при различных соматических расстройствах. Направленная на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяют возникновение участвующего в этиопатогенезе заболевания психического стресса либо развитие в связи с последним невротических «наслоений», психотерапия способствует уменьшению клинических проявлений заболевания, повышению социальной активации больных, их адаптации в семье и обществе, а также повышает эффективность лечебных воздействий биологического характера.

При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение. Есть данные о положительных результатах использования поведенческой терапии у больных с психосоматическими заболеваниями. Основным в этом случае является преодоление зафиксированных реакций тревоги. С помощью указанных методов можно воздействовать на психопатологические нарушения – страх, астению, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства (со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и других систем). Следует отметить также развитие различных форм личностно-ориентированной, в том числе и групповой, психотерапии. Объектом групповой психотерапии при этом являются психологические факторы патогенеза заболевания: интрапсихический конфликт; механизмы психологической защиты; «внутренняя картина болезни», в том числе, патологические реакции личности на заболевание; система значимых отношений больного, включая нарушенные в результате заболевания социальные связи пациента. Наибольший интерес в настоящее время представляют попытки применения групповой психотерапии при собственно психосоматических заболеваниях, а также вопросы соотношения ее с различными видами симптоматической психотерапии.

Обширная литература посвящена психотерапии при гипертонической болезни (Варшавский К.И., 1973; Буль П.И., 1974; Куликов П.Г., 1992), широко освещающая возможности преимущественно симптоматических методов. При лечении таких больных с помощью гипнотерапии, наряду с уменьшением невротических и неврозоподоб-

ных нарушений, отмечается снижение или даже нормализация артериального давления. Широко применяется при лечении гипертонической болезни метод биологической обратной связи, а также другие методы релаксации. Аутогенная тренировка позволяет снимать психическое и нервно-мышечное перенапряжение, создавать состояния активного лечебного покоя и отдыха, предупреждать вегетативно-сосудистые и гипертонические кризы (П.Г. Куликов, 1992).

Психотерапия становится существенным компонентом лечения на всех этапах восстановительной терапии пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе постинфарктных больных. При ишемической болезни сердца, протекающей с приступами стенокардии, показана гипнотерапия. Большое количество работ посвящено применению при ишемической болезни сердца, включая постинфарктный период, аутогенной тренировки (Юрданов В.С., 1977; Зайцев В.П., 1979). На поздних стадиях восстановительного лечения пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе больных, перенесших инфаркт миокарда, показана групповая психотерапия. Используются дискуссионные и другие формы психотерапии. В системе комплексного лечения больных широко применяются такие методы, как аутогенная тренировка, прогрессивная мышечная релаксация, медитативные техники, релаксационная дыхательная гимнастика, адаптивное биоуправление, а также, в некоторых случаях, рациональная психотерапия (Ю.М. Губачев, В.М. Дорничев, Л.А. Смелкова, 1988; Б.Д. Карвасарский, 1985; А.А. Гоштаутас, Р.И. Крищунайте, 1981; В.П. Зайцев, В.Б. Лебедев, 1984; И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев, 1978; В.А. Ташлыков, 1984; П.И. Буль, 1974). Помимо указанных методов, в клинике внутренних болезней, правда, в незначительном количестве случаев, используются различные методы личностно-ориентированной групповой психотерапии (К. Wtresniewski, 1974, А. Katzenstein, 1979; А.А. Гоштаутас, Р.И. Крищунайте, 1981; Р.Л. Дакнис, 1982; И.А. Алексоне и соавт., 1983).

При бронхиальной астме широко применяется гипнотерапия (Буль П.И., 1974). Используется также аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, групповая психотерапия (Филиппов В.Л., 1979). Есть данные об эффективности позитивной психотерапии при бронхиальной астме (Елисеева М.В., 2000). Для больных бронхиальной астмой существенное значение наряду с суггестивным и поведенческим методами имеет семейная психотерапия (Куприянов С.Ю., 1983).

Обширная литература посвящена применению психотерапии при желудочно-кишечных заболеваниях, прежде всего при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Это преимущественно методы симптоматической психотерапии, такие как гипнотерапия, ау-

тогенная тренировка (П.И. Буль, 1955). Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер (1994) для пассивного личностного типа больных язвенной болезнью предлагают суппортивную форму терапии. Как отмечают авторы, больной должен иметь возможность выразить свою потребность в зависимости, не боясь негативной оценки врача. Если ему не придется с чувством вины утаивать свои агрессивные побуждения, то он, возможно, будет воспринимать врача как положительную родительскую фигуру и сможет говорить о скрывавшихся до этих пор страхах. Таким образом, появится возможность вербализовать психологический конфликт и обсуждать проблемы на рациональном уровне.

Методика групповой патогенетической психотерапии в системе комплексного лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки была разработана Н.Н. Щербой, С.Л. Соловьевой. Восстановление нарушенных отношений в процессе психотерапевтической работы с больными язвенной болезнью, в соответствии с разработанной авторами методикой, осуществляется путем воздействия на все основные компоненты этих отношений: познавательный, эмоциональный и поведенческий в условиях психотерапевтической группы, работа которой строится на использовании закономерностей групповой динамики, с ориентацией на максимальную стимуляцию активности каждого из ее участников и предоставление возможности корректирующих эмоциональных переживаний. Групповую патогенетическую психотерапию с больными язвенной болезнью применял А. Штейн (1955), А.Л. Гройсман (1998).

Вовлечение семьи больного язвенной болезнью в терапевтический процесс способствует повышению эффективности психотерапии. Для этой цели Luban-Plozza предложил для психосоматических больных семейную конфронтацию. В целостной семейной структуре заболевший человек часто становится носителем семейных конфликтов. Как пишет автор, «оживление эмоциональных сил при семейной конфронтации может дать значительную экономию времени в лечении». Вовлечение семьи в терапевтический процесс, отмечает автор, ценно еще и потому, что больные язвой часто имеют отягощенный в этом отношении анамнез; при этом отношения в семье, с партнером или детьми являются источником множественных конфликтов. Семейная конфронтация имеет также профилактический эффект, поскольку в известной мере способствует предотвращению психологического наследования готовности к язве, поскольку устранение трудностей взаимопонимания и внутрисемейных конфликтных ситуаций может предотвратить типичные для язвенного больного ранние нарушения взаимодействия у детей следующих поколений. Семейная психотерапия, когда носителем внутрисемейных проблем выступает «тираниче-

ский пациент» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий, 1990), нацелена на осознание пациентом переживаемого им страха, ситуаций, в которых наиболее сильно возникает этот страх и гиперкомпенсаторно появляется стремление уйти от этих переживаний с помощью тиранического поведения.

В случае, когда объектом семейной психотерапии становится пациент с психопатическими чертами характера, или «неврозом характера», «рассеивание» пациентом агрессивных эмоций создает негативное отношение к нему самому со стороны членов семьи и других лиц. Эта негативная реакция еще больше форсирует у пациента стремление проявлять агрессию, т.е. формируется «порочный круг». Для его преодоления показано применение техники «конструктивного спора» (метода «честной борьбы») G. Bach – S. Kratochvil.

В психотерапии ревматоидного артрита применяются методы саморегуляции (биообратная связь по температуре или электрической активности мышц в сочетании с релаксационными упражнениями) и различные поведенческие подходы, конечная цель которых сводится к обучению пациентов лучше справляться с болью.

Психотерапию при тиреотоксикозе рекомендовали и применяли В.М. Бехтерев (1894), Мебиус (1887), Леви-Скуль (1890), Фридеман (1900), К.И. Платонов (1953), М.И. Кашпур (1956), А.Н. Кабановский (1963). П.П. Польциен (1963) рекомендует при базедовой болезни аутогенную тренировку. Р. Финовичто и Еверардо Пувер (1944) применяют гипноз при лечении тиреотоксического зоба. В монографии К.И. Платонова «Слово как физиологический и лечебный фактор» при базедовой болезни рекомендуется применение индивидуальной рациональной психотерапии.

В исследовании А.Л. Гройсмана (1998) у больных тиреотоксикозом выявлена невротическая симптоматика, которая складывалась, по выражению автора, «из механизмов нозогнозии, основанных на извращении чувственного восприятия болезни, на механизмах «эмоциональной анафилаксии», обусловленной повышенной эмоциональной сенситивностью. В основе невротической симптоматики тиреотоксикоза лежали также механизмы психосоматической астении, способствующие «психотропности» соматических расстройств, «соматотропности» психических переживаний, а также механизмы аутогенной и аллогенной суггестии и индукции».

В связи с выявленными невротическими нарушениями у данных больных А.Л. Гройсман рекомендует для психотерапевтического процесса разрешение следующих задач: 1) смягчение общей повышенной возбудимости и раздражительности; 2) укрепление тормозных процессов, обучение приемам выдержки и воли; 3) выработка стенических реакций на преодоление психогенных ситуаций; 4) обучение ме-

тодам аутогенной органотренировки для регуляции артериального давления и нарушений сердечного ритма. Автором разработана методика психотерапии, значительное место в которой отводится выработке правильного отношения к болезни, приемам противодействия болезни, воспитанию выдержки и воли.

Лечение нервной булимии больных с ожирением с помощью психотерапии, как указывает ряд авторов, всегда длительное. Хороший эффект оказывают позитивное подкрепление, информационное подкрепление и обуславливающий договор с женщинами, страдающими и нервной булимией, и нервной анорексией. Программа десенсилизации в отношении мыслей и чувств, которые испытывали больные булимией непосредственно перед вспышками обжорства, вместе с поведенческим контактом, могут обеспечить эффективность в лечении заболевания, отмечают Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок (1994). В.И. Крылов (1995) предлагает для больных нервной анорексией и нервной булимией психотерапевтическую программу, основой которой является личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия, в которую могут интегрироваться приемы и техники поведенческой и рациональной психотерапии.

Разрабатывается психологическая коррекция пациентов с хронической болью. Г.И. Каплан, Б.Дж.Сэдок (1994) предлагают вариант поведенческой психологической коррекции, который включает в себя ряд положений по организации жизнедеятельности пациентов. Авторами рекомендуется при работе с пациентом изменить его поведение, провести с ним дезобуславливающую программу. Непрерывное лечение отделяет ощущение боли от получения облегчения. Дезобуславливание потребности в заботе от переживаемых ощущений боли должно также проводиться с учетом межличностных взаимоотношений больного. Следует уделять как можно больше внимания тому, чтобы больные сохраняли активность и нормальную жизнедеятельность, а не становились пассивными, зависимыми, постоянно занятыми мыслями о своей боли. По возможности следует также избегать госпитализации, чтобы предотвратить дальнейший регресс.

Таким образом, возможности психотерапии в клинике внутренних болезней показаны в работах многих исследователей. Однако если методы симптоматической психотерапии (релаксационные методики, аутотренинг, гипноз) показали свои возможности при разнообразных соматических расстройствах, то применение патогенетической психотерапии остается проблематичным: актуализация значимой психологической проблематики во время психотерапевтической сессии, как показывает опыт, может привести к манифестации симптома. При гипертонической болезни, в частности, обсуждение актуальных психологических проблем, связанных с эмоционально- негативными пе-

реживаниями злости и гнева, при высоком уровне агрессии больных гипертонической болезнью приводит к повышению артериального давления.

В связи с недостаточной разработанностью, проблематичностью и невысокой эффективностью патогенетической психотерапии в соматической клинике наряду с психотерапией как специальной технологической процедурой может быть сформулировано представление о **психотерапевтическом подходе** как общей стратегии построения взаимоотношений с больным. Психотерапевтический подход сложился в рамках традиционной медицины; он является адекватным холистическому подходу и биопсихосоциальной концепции больного инструментом работы современного врача.

Психотерапевтический подход, в отличие от психотерапии, не является законченным, самостоятельным, теоретически обоснованным методом. Он сложился в медицине стихийно, развивался в связи с интервенцией психотерапевтических знаний в соматическую медицину и основан скорее на общих механизмах и закономерностях личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии.

Важной составляющей частью психотерапевтического подхода в клинике является такой необходимый элемент работы врача или психолога, как **психологический контакт**. Начало диагностического исследования любого пациента начинается с установления психологического контакта. Невозможно получить более или менее достоверную информацию о больном без хорошего контакта с ним. Хороший психологический контакт означает безусловное и безоценочное принятие – элемент психотерапевтического процесса.

В рамках контрактной модели взаимоотношений врач-больной, развивающейся в условиях платной медицины, сформулировано представление о **терапевтическом контракте**, позволяющем согласовать и урегулировать взаимные требования и обязательства сторон в терапевтическом процессе. В неявной форме психотерапевтический контракт может быть включен в процесс профессионального общения врач-больной.

Результаты диагностического исследования могут зависеть от того, каким образом это исследование проводится. Взаимодействуя с пациентом, врач использует свой собственный опыт и свою психику как инструмент этой работы. В процессе сбора анамнеза врач может спровоцировать у больного слезы или раздражение, вызвать у него напряжение или тревогу, а также диагностировать у пациента то, чем страдает сам. Для того, чтобы увидеть проблематику больного, а не свои собственные трудности и проблемы, исследователь применяет определенный стиль общения, который условно можно обозначить как «диагностическое общение». Это стиль максимально нейтраль-

ный, неопределенный, многозначный, такой, на который пациент может спровоцировать свою проблематику. Врач становится своеобразной проективной методикой, предоставляющей полную свободу ассоциаций и проекций. В ответ на предъявляемую пациентом симптоматику он избегает ярких проявлений собственных эмоций, поскольку в них практически всегда содержится оценочный компонент, накладывающий неизбежные ограничения на диагностический процесс. В результате больной получает возможность пережить то, что в психотерапии носит название **«коррективный эмоциональный опыт»**.

Коррективный эмоциональный опыт - это второй психотерапевтический элемент, содержащийся в фазе ориентации профессионального общения врача с пациентом. Для каждого человека привычно реагировать на тревогу собеседника собственной тревогой, на печаль - своей собственной печалью, на агрессию - агрессией и т. д. Реагируя таким образом, мы неосознанно фиксируем негативное состояние партнера по общению, его страх, печаль, усиливаем и подкрепляем его. В то же время, не реагируя соответствующими состоянием собеседника эмоциями, не подкрепляя, не фиксируя это состояние, мы наблюдаем, что оно само по себе начинает изменяться. Встречая доброжелательную, принимающую позицию врача, который, не осуждает, не оценивает, но и не подкрепляет, не усиливает эмоциональных реакций больного, пациент приобретает новый эмоциональный опыт, позволяющий ему изменить эмоционально-негативное состояние, снизить уровень напряжения, почувствовать себя психологически более комфортно. Коррективный опыт связан с тем, что больной, не встречая осуждения или оценки со стороны врача, перестает бояться собственных эмоций, связанных с теми или иными болезненными ощущениями, и начинает свободнее их выражать. Часто нивелирование, выравнивание интенсивных эмоциональных реакций приводит к уменьшению интенсивности субъективного восприятия боли. Пациент становится точнее в описаниях своих симптомов, что помогает врачу получить более полное представление о течении его болезни.

Еще один элемент психотерапии, составляющий психотерапевтический подход в современной соматической клинике, связан с процедурой сообщения диагноза и прогноза больному. Информирование пациента о причинах и прогнозе его состояния, о содержании происходящих в организме патологических изменений способствует созданию рациональной основы для излечения, некоторой логической последовательности, объясняющей пациенту значение происходящих процессов, позволяющей целенаправленно и эффективно противодействовать патологическому процессу. Разъяснение, объективация состояния способствуют **осознанию** происходящего и формированию адекватной программы для преодоления болезни. Наиболее полное и



точное отражение в представлении болезненного состояния пациента дает возможность строить наиболее точный **прогноз**.

В наиболее значимые моменты лечебно-диагностического процесса – при установлении психологического контакта, при сообщении диагноза и прогноза, если он неблагоприятный, а также тогда, когда решается вопрос об операции с вероятностью летального исхода, при формировании депрессий с суицидальной настроенностью – в целом, во всех случаях, когда речь идет об угрозе жизни пациента на первый план выдвигается такой важный элемент профессиональной деятельности врача, как способность к эмпатическому реагированию. **Эмпатия**, или способность к эмоциональному включению в психологический мир пациента, обеспечивает наиболее полное и глубокое взаимодействие в диаде врач-больной – важное условие эффективности лечебно-диагностического процесса. Эмпатическое взаимодействие обеспечивает адекватную **обратную связь**, позволяя корректировать те или иные неточности в межличностном взаимодействии. Адекватное межличностное взаимодействие включает в себя также возможности эмоционального отреагирования проговариваемых и переживаемых проблем, т.е. **катарсис**.

**Катарсис**. Свободно излагая жалобы такому внимательному и профессиональному слушателю, как врач, больной уже испытывает некоторое облегчение просто от того, что его внимательно, доброжелательно, не прерывая выслушали. В фазе ориентации врач, предоставляя пациенту возможность свободно высказываться, может в определенной степени обеспечить реализацию такого терапевтического механизма, как катарсис. Понятие катарсиса ввел ещё Аристотель, который утверждал, что через сочувствие и страх трагедия добивается очищения (катарсиса) духа. Как синоним в русском языке употребляется термин «отреагирование». За отреагированием, как правило, следует уменьшение эмоционального напряжения и чувство облегчения. Катарсис в психоанализе, рассматриваемый в качестве одного из центральных терапевтических механизмов, определяется как освобождение от негативного эмоционального опыта (негативных эмоциональных переживаний) путем отреагирования этого опыта (этих переживаний). Частичное отреагирование в беседе с врачом отрицательных эмоциональных переживаний, связанных с болью, страданием, физическим дискомфортом, снижает у пациента уровень напряжения и тревоги. Активное слушание жалоб больного в фазе ориентации – элемент психотерапевтического воздействия, знакомый каждому врачу.

Существуют определенные черты сходства и различия между психотерапией как специфическим процессом применения определенных психотерапевтических процедур и психотерапевтическом подходе как элементе гуманистической медицины. Различия касаются

в первую очередь мотивации: при психотерапии в качестве мотивации выступает направленность на излечение от симптома за счет *актуализации личностных ресурсов пациента*, а также обеспечение личностного развития и роста; в психотерапевтическом подходе мотивацией является направленность на *эффективное сотрудничество*, направленное на излечение от болезни под руководством врача, определяющего стратегию и тактику излечения.

Общими чертами психотерапии и психотерапевтического подхода являются такие неспецифические факторы психотерапевтического процесса, как эмпатия, осознание, обратная связь, отреагирование, коррективный эмоциональный опыт.

В качестве общих факторов психотерапии, с точки зрения того, что происходит с пациентом, обычно указывают: 1) обращение к сфере эмоциональных отношений; 2) самопонимание, принимаемое пациентом и психотерапевтом; 3) предоставление и получение информации; 4) укрепление веры больного в выздоровление; 5) накопление положительного опыта; 6) облегчение выхода эмоций. Перечисленные факторы по сути совпадают с механизмами лечебного действия психотерапии и отражают когнитивные, эмоциональные и поведенческие процессы, способствующие успешности психотерапии и в большей или меньшей степени представленные практически во всех психотерапевтических системах (Исурин Г.Л., 2002). Эти же факторы оказываются вовлеченными при использовании психотерапевтического подхода в процесс профессионального общения врач-больной.

Общие факторы психотерапии могут также рассматриваться с точки зрения ее этапов. Общий поэтапный характер или последовательность процесса психотерапии может быть представлена следующим образом: 1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации к психотерапии; 2) прояснение (понимание психотерапевтом и, в определенной степени, пациентом) причин и механизмов формирования симптомов, возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений; 3) определение «психотерапевтических мишеней»; 4) применение конкретных методов и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики; 5) закрепление достигнутых результатов; 6) окончание курса психотерапии (в частности, решение проблем, связанных с возможной зависимостью от психотерапевта) (Исурин Г.Л., 2002). И при данном рассмотрении общих факторов психотерапии также можно провести определенные параллели между процессом психотерапии и психотерапевтическим подходом в клинике внутренних болезней.

Существуют также попытки выделения общих факторов психотерапии, связанных с учетом как изменений, происходящих с пациентами, общих характеристик стиля и стратегий поведения психотерапевтов, так и общности этапов психотерапевтического процесса, вне зависимости от теоретических ориентаций и применяемых методов. К общим факторам психотерапии относят: 1) хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом, что рассматривается как исходная предпосылка, на которой строится психотерапия; 2) ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на готовности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь; 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта; 4) оперативная модификация поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с врачом; 5) приобретение социальных навыков на модели психотерапевта; 6) явное или скрытое убеждение и внушение; 7) усвоение и тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта (Исурина Г.Л., 2002).

И психотерапия, и психотерапевтический подход используют одни и те же психотерапевтические приемы: разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг, советы и т.д. При этом в психотерапии ведущими являются специфические психотерапевтические процедуры, а в психотерапевтическом подходе – достижение комплайенса для эффективного осуществления медицинских процедур. В психотерапии более общая стратегия поведения психотерапевта тесно связана с его теоретической ориентацией, в частности, с тем, какой теории личности и какой концепции болезни он придерживается. Психотерапевтический подход является отражением общей гуманистической установки врачей в рамках парадигмы биопсихосоциальной концепции болезни.